

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 283

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Françoise, Marie, Lucienne BEZAULT

Née le 30 Juillet 1928, à CHAMALIÈRES (Puy-de-Dôme)

présentée et soutenue publiquement le

**SUR UN SYNDROME PSYCHIQUE
ASSOCIE A DES TROUBLES
VASCULAIRES CEREBRAUX
CHEZ UN SYPHILITIQUE**

Président : Monsieur J. DELAY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise, Marie, Lucienne BEZAULT

née le 30 juillet 1928 à Chamalières
(Puy-de-Dôme)

--:

Présentée et soutenue publiquement
le

--:

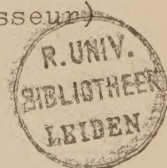
SUR UN SYNDROME PSYCHIQUE
ASSOCIE A DES TROUBLES VASCULAIRES CEREBRAUX
CHEZ UN SYPHILITIQUE.

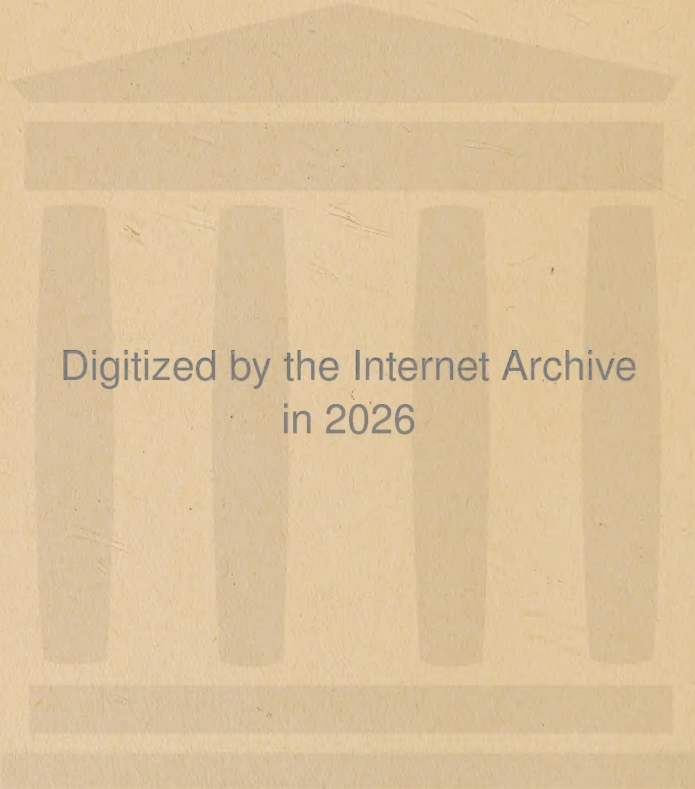
--:

Président : Monsieur J. DELAY (Professeur)

--:

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545928_0050

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomi.	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique Gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY JUSTIN-BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR VALLERY- RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSER GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE COMTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KRELS BARUK PICHOT
Ana.Path.		Pat.expéri- ment.	
Bactério- logie			
Biol.Méd.			
Chimie Méd.			
Dermato-syph	DUPERRAT		
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	(COUJARD N.		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	(BOYER DEPARIS		
Mal.infect.	BASTIN		
Médecine)	(DEROBERTE	Path.Méd.	
légale et	GAULTIER		
du Trav.)	(HADENGUE		
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE (GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Obstétrique			
Ophtal- mologie)	(BREGEAT DESVIGNES		
Orthopédie	JUDET		
Oto-rhino- laryngol.)	(AUBRY MADURO		
Parasito.	BRUMPT		
Parasito col.	CHABAUD (ABOULKER BARGAT BAUMANN CAUCHOIX		
Path.chir.			

	MM.		MM.
Psych.infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Stomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ ANELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER		{ DREYFUS
Clin.Chir.	{ LEGER	Clinique Méd.	{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
	{ ROUX		
Clinique)	{ ECALLE		
obstét.)	{ MAYER		
Clin.opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires { Melles DUMAITRE
LE NOIR
LAURENT
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A mes Chers Parents

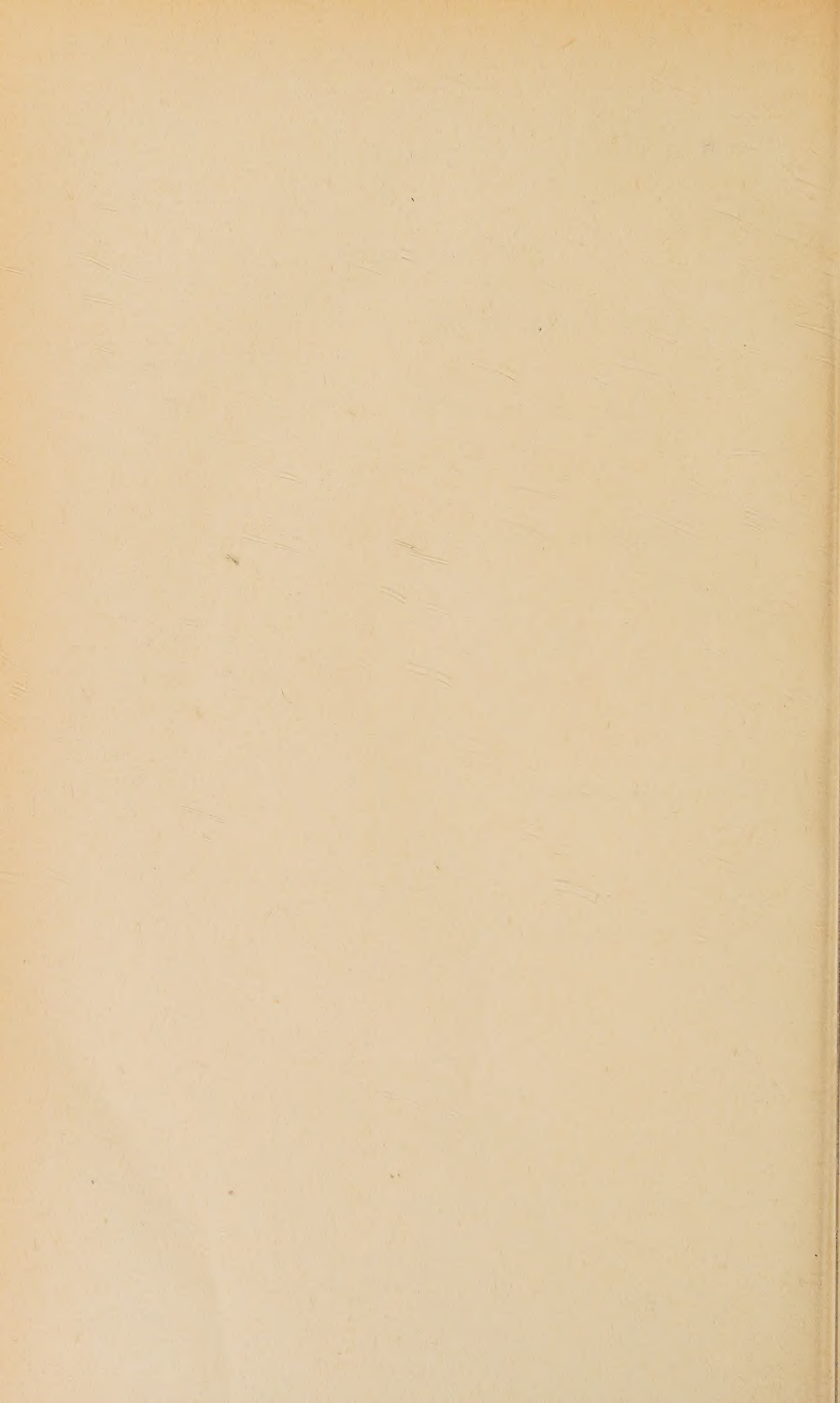
En témoignage de toute mon
affection.

A mes Sœurs

A mon Frère

A ma Famille

A tous mes Amis



A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. DELAY

Professeur de Clinique des Maladies
mentales et de l'Encéphale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Docteur ès-Lettres,
Membre de l'Académie nationale de
Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LARGEAU

Dont les avis et les leçons
nous ont été si précieux
durant le cours de nos études. Nous l'en remercions
respectueusement et espérons
que nous en resterons toujours
digne.

A Monsieur le Docteur NEUVEGLISE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

En témoignage d'une grande
amitié.

SUR UN SYNDROME PSYCHIQUE
ASSOCIE A DES TROUBLES VASCULAIRES CEREBRAUX
CHEZ UN SYPHILITIQUE.



Nous avons eu l'occasion, à l'hôpital psychiatrique d'Evreux, d'étudier longuement un malade dont l'histoire clinique complexe s'est révélée intéressante,

tant du point de vue de l'abondance et de la disparité des éléments cliniques, de la nécessité de leur regroupement dans un tableau clinique cohérent, et de la découverte d'une syphilis méconnue chez un adulte jeune,

que du fait de l'exploration en neuro-chirurgie qui nous a permis d'orienter et de coordonner des manifestations cliniques polymorphes.

L'histoire de notre malade reconstituée d'après notre observation, celles du service de médecine de l'Hôpital d'Evreux, et du service de neuro-chirurgie de la Salpêtrière où il a été admis, et d'après les précisions fournies par sa femme, peut être résumée ainsi :

M. C... Eugène, âgé de 34 ans, manoeuvre
terrassier,

le 1er septembre 1958,

sur le lieu de son travail, reçoit une
pierre sur la tête. Traumatisme, semble-t-il,
peu important, puisque le malade continue
son travail. Le lendemain, apparition de
céphalées allant en augmentant d'intensité
les jours suivants.

le 4 septembre 1958,

au matin, le malade montre des tremblements,
des sueurs et des troubles du langage. Il est
hospitalisé dans l'après-midi présentant
alors :

- un coma à début brutal,
- une hémiplégie gauche avec crises cloniques de l'hémiface, du bras et de la jambe gauches.
- Il existe une abolition de tous les réflexes ostéo-tendineux et cutanés, un nystagmus et une pupille gauche en mydriase.

Un examen ophtalmologique révèle :

- des papilles et des gros vaisseaux normaux,
- des foyers de capillarose nombreux et disséminés.

Un transfert en chirurgie est envisagé et

le malade est conduit dans le service du
Docteur Guillaume :

L'examen neurologique

confirme :

- le coma moyen réagissant aux excitations avec déviation de la tête et des yeux du côté droit. Les réflexes cornéens sont conservés.

- l'hémiplégie gauche, l'abolition des réflexes ostéo-tendineux, cutanés et abdominaux.

trouve :

- un signe de Babinski bilatéral, un réflexe de clignement conservé à droite, aboli à gauche.

- une raideur de nuque modérée,

- Il n'existe pas de trouble végétatif inquiétant.

L'examen du liquide céphalo-rachidien :

- liquide limpide, cellules 0,8
albumine 0,22

le 5 septembre 1958,

on pratique une ventriculographie, après artériographie, puis trachéotomie pour incidents respiratoires.

Quinze jours après, il y a récupération totale, le malade retourne à l'hôpital d'Evreux qui l'adresse à l'hôpital psychiatrique pour troubles mentaux.

le 30 septembre 1958,

Ce qui frappe dès l'entrée chez ce malade, ce sont les troubles de la désorientation spatiale. Pendant de courts moments, dans la journée, M. C... se trompe souvent de pièce, cherche et hésite pour aller d'une pièce à l'autre. Se trompe de lit et de chambre.

L'examen psychique met en évidence :

- un ralentissement psycho-moteur très net avec idéation ralentie.

- une perte de l'initiative, il exécute les ordres simples mais ne cherche pas à les comprendre.

- l'attention instinctive est conservée, le malade n'est pas indifférent à ce qui l'entoure, mais l'attention volontaire est perturbée.

- les troubles de la mémoire portent sur les événements récents, la mémoire des faits anciens est normale.

- Il n'y a pas de désorientation dans le temps, ni d'apraxie idéatoire ou idéo-motrice.

- Le jugement est bon, de même que la compréhension des mots. Les réponses sont adaptées, il n'y a pas de jargon.

- On remarque la "gaieté", la note euphorique du comportement. Il existe une curieuse inconscience plutôt qu'indifférence à l'état morbide.

Nous avons réalisé avec ce malade un test de Wechsler-Bellevue, qui nous a donné des

renseignements beaucoup plus intéressants sur le comportement de M. C... pendant l'épreuve, et sur ses réactions, que les résultats du test en lui-même, n'ayant pas de point de comparaison pour juger du niveau antérieur.

L'examen neurologique montre :

- la persistance de l'abolition des réflexes des membres inférieurs, ceux des membres supérieurs sont conservés.

- L'examen de la sensibilité et celui des paires craniennes sont normaux, mise à part : une inégalité pupillaire avec pupille droite réagissant à la lumière, pupille gauche en mydriase irrégulière et ne réagissant pas à la lumière.

- On note une légère claudication du côté gauche, le malade porte une importante cicatrice de brûlure sur toute la région fessière gauche avec rétraction aponévrotique.

Une réaction de B.W. et de Kahn dans le sérum sanguin est positive.

Nous ne trouvons parmi les antécédents personnels de ce malade aucun élément intéressant, si ce n'est la notion d'une inégalité pupillaire constatée en 1951 sur un certificat.

Le malade sort le 6 novembre 1958, amélioré, bien orienté, toujours euphorique et sans initiative.

Il a reçu :

5 injections I.V. de cyanure de mercure
+ 13 millions de pénicilline.

le 25 novembre 1958,

nouvel accident vasculaire consistant :

- en une éclipse de conscience brutale avec obnubilation,

- troubles du langage décrits par l'entourage comme : une perte de la parole totale avec impossibilité d'articuler un son, à laquelle a succédé un bredouillage. Cependant qu'était conservée, semble-t-il, la compréhension des mots et des ordres parlés.

- contraction de l'hémiface gauche avec rictus, et secousses toniques du bras gauche et du membre inférieur gauche. La femme du malade ajoute : "Tout le côté gauche était mou". Crise de courte durée, le malade peut être ensuite traîné sur son lit.

Admission à l'hôpital d'Evreux le jour-même.

L'examen neurologique pratiqué quelques heures après rapporte :

- pas d'anomalie du tonus musculaire. La force musculaire est bonne dans son ensemble, il n'existe aucun déficit localisé proprement dit,

- il y a abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs, ceux des membres supérieurs sont faibles et irrégulièrement retrouvés.

- Il n'y a pas de signe de Babinski, les réflexes cutanés sont normaux.

- La démarche est conservée, pas d'oscilla-

tion ni d'hésitation. Le malade résiste bien aux pulsions provoquées, il n'a jamais été possible de soupçonner une astasie abasie, même fruste. Le balancement des bras est normal.

- Il n'existe aucun signe de la série cérébelleuse, ni de trouble de la sensibilité profonde ou superficielle.

- L'étude systématique des paires craniennes montre : une héli-parésie gauche de type central, le nerf facial inférieur étant seul intéressé,

- un signe d'Argyll-Robertson,

- tous les autres nerfs craniens sont normaux,

- il n'y a pas de troubles vestibulaires, ni extra-pyramidaux, ni apraxiques, apraxie tant idéomotrice qu'idéatoire.

- Les troubles du langage consistent en une parole lente, hachée, l'articulation est difficile, mais il n'y a pas d'achoppement sur les mots d'épreuve.

Au total, il reste :

- une abolition des réflexes ostéo-tendineux des deux membres inférieurs,

- une héli-parésie faciale gauche, type central,

- un signe d'Argyll-Robertson,

- des troubles du langage.

L'état psychique présente les mêmes carac-

tères que lors de la première hospitalisation : lenteur de l'idéation avec ralentissement psycho-moteur, cependant qu'ont disparu les troubles de l'orientation spatiale.

Le F.O. (Dr. Morin)

- papilles normales. Aspect angiospastique très marqué, veines étroites et rigides, gainées de petits manchons blancs avec nombreux exsudats sous-rétineux disséminés, type produit de déchet hépato-rénal.

Le liquide céphalo-rachidien :

- liquide clair : éléments 0,4
albumine 0,24
- Benjoin flocculation dans la zone syphilitique
- test de Nelson positif à 100 %.

L'étude de cette observation constituée d'éléments cliniques disparates nous a amenée à discerner un syndrome neurologique et un syndrome psychiatrique apparu plus tard, chacun présentant des caractères bien particuliers dont il était difficile de définir à première vue l'étiologie commune.

Au point de vue psychiatrique, ce sont les troubles de l'orientation dans l'espace, les troubles de l'humeur et du caractère, les troubles de l'activité et intellectuels, joints à des troubles de la mémoire, évocateurs de syndrome frontal, qui ont attiré notre attention.

Syndrome frontal dont l'étiologie vasculaire semblait la plus vraisemblable à la lueur du contexte clinique, mais dans le cadre duquel s'insérait mal, au point de vue neurologique, le syndrome hémiplégique observé chez notre malade.

En effet, nous n'avons pas retrouvé l'hémiplegie bien spéciale du syndrome global de l'artère cérébrale antérieure : cette hémiplegie particulière dans sa topographie à prédominance crurale, paralysie distale au membre inférieur atteint, qu'accompagne le plus souvent un "grasping reflexe" (bilatéral ou unilatéral et alors controlatéral à la lésion) et quelquefois des troubles sphinctériens, à laquelle s'associent fréquemment des troubles de la sensibilité avec, en général, modifications plus importantes de la sensibilité profonde.

Les travaux de M. Foix et de ses élèves, M. Hillemand et Baldy ont permis de ramener à 3 types principaux le syndrome de l'artère cérébrale antérieure :

- 1) monoplégie simple crurale,
- 2) hémip légie avec ou sans prédominance crurale,
- 3) hémip légie ou monoplégie crurale avec apraxie idéo-motrice gauche.

syndrome clinique se traduisant anatomiquement par des lésions de plus en plus étendues cortico-sous-corticales avec possibilité d'atteinte du centre ovale et du corps calleux.

Plus récemment, J.A. Chavany, R. Messimy, B. Pertuiset et D. Hagenmuller, en étudiant à l'aide d'observations cliniques "les fonctions du territoire cortical de l'artère cérébrale antérieure" pensent que l'on peut actuellement "décrire deux variétés de syndrome clinique en rapport avec l'atteinte du territoire de l'artère cérébrale antérieure".

- Un syndrome global, conséquence d'une lésion du tronc, avec comme signes constants, l'hémip légie spéciale, les troubles de la conscience, les troubles sphinctériens, et comme signes inconstants, l'épilepsie focale, le "grasping reflexe", et les troubles spéciaux du langage, de type exécutif.

- Un syndrome partiel, en rapport avec les localisations pathologiques sur ce territoire où on retrouve de façon variable un ou plusieurs des signes précédents.

L'histoire clinique se trouvait ainsi faite d'un syndrome mental évoquant une locali-

sation lésionnelle frontale précise, mais avec lequel ne pouvait s'intriquer le syndrome neurologique objectivé, d'allure toute différente.

Car l'hémiplégie vue chez notre malade s'est présentée comme une hémiplégie gauche, avec résolution musculaire complète du membre supérieur et inférieur gauches et déviation de la tête et des yeux du côté droit, cependant qu'on observait un signe de Babinski bilatéral.

- Le début en a été marqué par un coma moyen réagissant aux excitations et des secousses cloniques de la face tout entière, du bras et de la jambe gauches.

- Les signes accompagnateurs ont donné une note particulière à cette paralysie

- un début graduel annoncé par des prodromes : céphalée tenace, pénible, qui, nous a dit le malade est allée en s'accroissant pendant 3 jours et évoluant par paroxysmes,

- des troubles pupillaires précisés par une mydriase gauche avec inégalité pupillaire,

- des troubles de langage à début brusque : type "Aphémie" de Broca ou "Anarthrie" de P. Marie. Existant à l'état pur, ce trouble a consisté en une impossibilité totale d'articuler un son. Perte du langage qui a été subite, précédant de quelques heures la survenue du coma. Aphasie transitoire, pensons-nous, retrouvée lors des 2 accidents présentés par le malade et qui, avec la céphalée, a été le prélude du ramollissement cérébral qui a ouvert l'observation clinique.

C'est ainsi que chez un adulte jeune, 34 ans, ni hypertendu, ni porteur de lésions cardiaques, l'existence d'un syndrome paralytique du type cérébral, qu'ont précédé ou accompagné des céphalées, une aphasie transitoires, des crises convulsives type Bravais-Jacksoniennes, nous a fait évoquer une hémiplégie syphilitique. Syphillis que les réactions biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien sont venues confirmer.

En effet, B.W. dans le sang positif à deux reprises. La formule rachidienne s'est révélée incomplète en ce sens, que si la réaction de B.W. était fortement positive, et si le benjoin colloïdal a montré une flocculation dans la zone syphilitique, nous n'avons retrouvé à deux reprises, ni hypercytose, ni hyperalbuminose. Le test de Nelson était positif à 100 %.

Réactions biologiques qui, associées à l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs et du signe d'Argyll-Robertson retrouvés, nous ont fait hésiter à poser un diagnostic de tabès fruste chez notre malade. Tout en sachant pour ce faire que manquaient plusieurs symptômes de la série tabétique : pas de troubles de la sensibilité, ni ataxiques ni trophiques, ni de troubles viscéraux.

Cependant nous avons pensé pouvoir soulever cette hypothèse.

Le caractère spontanément régressif, la résolution totale en une quinzaine de jours du syndrome paralytique sans aucune séquelle motrice, la "restitutio ad integrum" observée, de même que la récurrence survenue 2 mois après : aphasie motrice pure, éclipse de

conscience, contraction de l'hémiface gauche avec rictus, clonies du bras gauche et du membre inférieur gauche, le tout de courte durée, nous autorise à faire intervenir le spasme vasculaire comme manifestation de l'artérite syphilitique. Spasme qui a engendré les troubles fonctionnels transitoires observés chez notre malade.

Si les données physiologiques laissent très imprécisé le mécanisme de ces spasmes et font même planer un doute sur leur réalité, il faut bien admettre qu'ils existent et qu'ils peuvent seuls conditionner des troubles cérébraux sans eux inexplicables. M. A. Sézary, en 1922, a insisté sur leur importance dans la pathogénie de l'artérite cérébrale syphilitique, en interprétant les résultats que peut donner le traitement spécifique de l'hémiplégie traitée au début.

Pour lui, on peut supposer que la lésion vasculaire ne provoque au début qu'un spasme, qui s'accompagne de troubles, d'abord ischémiques, sans ramollissement, et susceptible de disparaître lorsqu'on agit précocement sur l'artérite qui le cause.

Foix et Hillemand, en étudiant une série de coupes d'artère cérébrale chez des sujets morts de ramollissement, ont constaté que, souvent, il n'existait qu'une oblitération partielle, et concluent alors au rôle du spasme vasculaire, comme cause adjuvante.

Au cours de ces dernières années de nombreux travaux physiologiques et cliniques ont été consacrés à cette question.

Nous pouvons maintenant émettre la conclu-

sion que notre malade a présenté un syndrome vasculaire, manifestation d'artérite cérébrale d'origine spécifique, responsable du syndrome paralytique et dont la conséquence a été une atrophie du parenchyme cérébral.

C'est une ventriculographie faite dans le service de neurochirurgie de la Salpêtrière qui a mis en évidence les modifications ventriculaires.

L'artériographie a confirmé l'hypothèse du spasme vasculaire probable et a localisé la lésion sur la cérébrale antérieure. Cérébrale antérieure dont nous avons entrevu la participation au début de notre discussion sur le caractère évocateur du syndrome psychique observé 15 jours après la régression du syndrome hémiplégique.

En effet, le compte rendu du Dr Djindjian précise : ventriculographie : par les trous frontaux on repère les cornes frontales en place. La communication ventriculaire est bonne. Il existe une dilatation du ventricule droit.

Les clichés : le système ventriculaire est en place. Il n'y a pas de déplacement. Mais on observe une dilatation importante et globale du ventricule droit. Le ventricule gauche est pratiquement normal .

L'artériographie carotidienne droite :
de face : le système vasculaire est en place. La cérébrale antérieure n'est pas nettement visible mais on ne peut affirmer son absence d'injection.

de profil : le paquet sylvien est en place, mais on ne décèle pas le tracé de l'artère

cérébrale antérieure droite.

donc : dilatation ventriculaire droite et forte présomption d'exclusion de la cérébrale antérieure.

M. J. Guillaume et R. Rogé, dans une communication (Revue Neurologique 1949) ont attiré "l'attention sur les relations fréquentes entre un processus atrophique dont témoigne le ventriculogramme et une thrombose vasculaire". Leur étude d'artériographie carotidienne leur a montré "toutes les variétés de thrombose ou prétendues telles", parfois notamment thrombose partielle siégeant soit sur la cérébrale antérieure, soit sur la sylvienne, ou bien pauvreté vasculaire.

Les auteurs pensent que l'artériographie "permet de mettre en évidence ce facteur tant controversé qu'on appelle spasme ou stase circulatoire qui est vraisemblablement à l'origine des éclipses motrices sensitives ou sensorielles, qui précèdent habituellement les grands accidents cérébraux".

Nous avons vu d'après le compte rendu de notre ventriculographie qu'il existait une dilatation ventriculaire importante globale et surtout unilatérale, le ventricule gauche étant normal.

Or les constatations de M.J. Guillaume et R. Rogé sont un peu différentes. Ils ont observé au contraire "des dilatations ventriculaires variables souvent bilatérales non localisées. Chez 4 de leurs malades "dilatation diffuse bilatérale et intéressant même le 3ème ventricule". 3 fois des "dilatations ventriculaires bilatérales

mais avec une prédominance unilatérale!"

Les auteurs pensent pouvoir expliquer cette constatation de "dilatation bilatérale diffuse, symétrique ou asymétrique" au lieu d'une dilatation localisée unilatérale correspondant au territoire thrombosé, en faisant intervenir "le rôle que doit jouer dans l'irrigation normale d'un hémisphère le système vasculaire du côté opposé".

"Si la dilatation et l'atrophie cérébrale du côté atteint s'expliquent par l'ischémie due à la thrombose, celle du côté sain se conçoit par l'ischémie relative dont elle est frappée".

Nous ne pouvons définir les raisons de la localisation unilatérale de la dilatation ventriculaire droite chez notre malade. Faut-il incriminer la fragilité vasculaire notamment des artères du cerveau, créée par le processus syphilitique ? ou une disposition anatomique non commune.

Quoi qu'il en soit, l'existence de cette dilatation ventriculaire droite, bien que globale, va nous permettre de rapprocher le syndrome psychiatrique de l'ensemble du syndrome vasculaire.

° ° °

Sans vouloir demander aux troubles psychiques une valeur localisatrice péremptoire en particulier frontale, et bien que radiologiquement, une localisation spécifiquement frontale n'ait pas été reconnue, nous voudrions défendre l'idée d'une prévalence nette de l'atteinte du pôle antérieur

cérébral chez notre malade. En effet, si l'artériographie nous a permis d'interpréter l'exclusion de la cérébrale antérieure comme jouant un rôle dans le tableau clinique, l'étude et les caractères des troubles psychiques présentés par le malade nous ont fait évoquer les troubles décrits dans les atteintes frontales. Lobe frontal vascularisé par l'artère cérébrale antérieure.

Au point de vue psychiatrique :

attirèrent notre attention :

- les troubles de l'orientation dans l'espace, alors qu'étaient conservés "le sens des attitudes segmentaires, des mouvements globaux et les données primaires visuelles de l'espace" (Hécaen et Ajuriaguerra). Troubles de l'orientation que P. Marie et Behague ont décrits comme consécutifs aux plaies profondes du lobe frontal.

On a vu que notre malade, perdu dans le service, se trompait de chambre, de lit, et partant ne retrouvait jamais ses objets personnels qu'il disposait dans les tables de nuit de ses camarades.

De même ont été mis en lumière :

- des troubles mnésiques : portant surtout sur les faits récents. Notre malade croyait avoir depuis onze ans une paire de chaussures achetée quelques jours auparavant, de même qu'il était incapable de préciser ses occupations de la veille.

Nous savons la prééminence du lobe frontal dans l'emmagasinement des souvenirs et nous pouvons retenir chez notre malade

"sa réduction des manifestations idéiques à un minimum de souvenirs" (Anglade).

Si le déficit de l'attention a joué un rôle dans le trouble de fixation des souvenirs, il portait plus sur l'attention volontaire, comme l'ont observé Ley, Titeca, Divry et Moreau.

- Tout en gardant une activité psychomotrice subnormale, M. C..., capable d'actes ménagers et matériels de la vie familiale courante, manquait d'initiative. Incapable de prendre une décision, "il ne discutait plus", "faisait ce que je lui disais", nous a dit sa femme.

K. Goldstein et S. Katz parlent à propos d'une localisation lésionnelle préfrontale de "perte de l'attitude concrète".

Peut-on interpréter comme trouble des fonctions supérieures de synthèse mentale, l'incapacité chez notre malade de réaliser un test de Kohs ? En effet, lors de l'épreuve, M. C... n'a jamais pu reproduire avec les cubes l'image (rouge et blanche) demandée, il semblait prendre au hasard les cubes et les disposait sans qu'une pensée directrice ait commandé leur disposition.

Bien plus, une fois la figure correcte établie devant lui, il ne "réalisait" pas la concordance entre image modèle et image reproduction.

Tout en sachant le peu de valeur d'un test sans point de comparaison avec un test antérieur, nous avons été frappé par la chute importante du Q.I. échelle de performance = 74, tandis que le Q.I. échelle verbale = 95. Nous avons ainsi relevé un indice de détérioration très important calculé

selon Wechsler (44 %). Il est impossible de comparer ce résultat avec celui d'un examen antérieur, néanmoins l'énormité du chiffre peut retenir l'attention, surtout associé aux autres symptômes.

Selon Wechsler, le profil de M. C... serait tout à fait caractéristique d'une lésion organique cérébrale.

- L'existence de troubles de l'humeur et du caractère a été remarquée chez notre malade par son entourage et précisée pendant son hospitalisation.

Optimisme, exaltation du tonus affectif permettaient à M. C... de raconter et considérer son état morbide comme un incident dont il parlait avec un certain détachement. Son comportement, ses actes étaient marqués, si l'on peut dire, du "sseeau" de cette jovialité euphorique qui lui faisait se moquer des "idées noires" de ses camarades, de même sa participation bienveillante, puérile et joyeuse à un examen neurologique systématique.

Lors de l'examen psychométrique, tous ces éléments ont réalisé par leur assemblage une attitude curieuse et intéressante : faite de détachement, de non-participation à l'épreuve sans aucune mauvaise volonté de sa part, simplement un intérêt puéril et superficiel pour le côté ludique du test. "C'est amusant votre truc, mais c'est pas sérieux" nous disait M. C... De même certains tests amenaient des commentaires et des jeux de mots.

Cette non-participation entraînait une indifférence manifeste aux échecs qui n'entaient nullement son moral.

Passivité, euphorisme "béat", tendance aux calembours, manifestations joyeuses aussi naïves que celles de l'enfant, il semble bien que nous puissions faire intervenir ici les troubles affectifs décrits par de nombreux auteurs lors des lésions préfrontales, et l'on sait l'importante contribution apportée à l'étude de ce lobe grâce aux progrès de la neuro-chirurgie.

Si "la suppression du lobe frontal d'un côté ne crée pas de troubles psychiques" (Clovis Vincent), il en est autrement de l'amputation des 2 lobes frontaux. Celle-ci a été pratiquée plusieurs fois. Il faut un examen attentif pour en saisir le déficit :

"défaut d'attention, de synthèse, de mise en train, d'application pragmatique, enfin cette modification de la personnalité dont la physionomie échappe à l'analyse mais dont l'observateur attentif peut saisir l'ensemble s'il n'est pas dépourvu de tout sens psychologique" (Lhermitte).

CONCLUSIONS

-:-

Sous peine de dépasser des limites raisonnables, nous ne pouvons poursuivre plus loin notre tentative de localisation clinique des symptômes psychiques étudiés, sachant que des analogies n'ont jamais constitué des preuves.

Qu'il nous soit seulement permis en guise de conclusion, de préciser l'intérêt qu'a présenté pour nous l'observation de M. C...

Intérêt tiré de l'étude des différentes modalités des syndromes frontaux tant dans le domaine psychiatrique que dans le domaine neurologique.

En effet, si d'une part :

- les troubles du caractère et de l'humeur marqués par une exaltation du tonus affectif, un optimisme, une euphorie discrète mais réelle associée à un puérilisme certain,
- les troubles intellectuels consistant en défaut d'attention, déficit mnésique, désorientation dans l'espace, absence d'auto-critique,
- les troubles de l'activité "phénomène du manque",

nous ont orientés vers l'existence d'un syndrome psychique frontal,

si d'autre part :

- l'hémiplégie complète du côté gauche avec participation faciale, sans prédominance crurale, sans troubles sensitifs ni de "grasping reflexe" ne nous ont pas permis de mettre en cause un syndrome global de l'artère cérébrale antérieure,

la liaison entre les deux syndromes s'est révélée délicate d'autant plus que les examens artériographiques attirèrent l'attention sur une artère cérébrale antérieure défectueuse, cependant que la clinique précisait quelques contradictions devant l'hémiplégie gauche totale.

C'est alors que la découverte d'une syphilis objectivée par une abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs, un signe d'Argyll-Robertson, confirmée biologiquement, a autorisé la coexistence du syndrome psychiatrique et neurologique dans un tableau de spasme vasculaire chez un syphilitique. Observation clinique colorée par la localisation lésionnelle sur le lobe frontal.

Nous terminerons, soulevant le problème du rôle joué par le traumatisme, qui a été à l'origine de notre observation, sachant la possibilité du choc émotif joint au trauma, comme cause déclenchante d'un ramollissement chez un sujet aux artères cérébrales fragilisées par le processus syphilitique.

Vu :
Le Président :
signé : J. DELAY

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BALDY P.

Les syndromes de l'artère cérébrale
antérieure
Thèse 1927

FOIX, HILLEMAND

Syndrome de l'artère cérébrale anté-
rieure
Encéphale 1925 20 209 232

CHAVANY J.A., MESSIMY R., PERTUISET B.,
HAGENMULLER D.

Les fonctions du territoire cortical
de l'artère cérébrale antérieure
Presse Méd. 1955 63 n° 25 512-514

GUILLAIN G. et MOLLARET P.

Syndrome total de l'artère cérébrale
antérieure droite chez les droitiers
Paris Médical 1933 256-261

ALAJOUANINE Th., THUREL R.

Pathologie de la circulation céré-
brale
Revue neuro. 1936 68

GUILLAUME G., ROGE R.

Les atrophies cérébrales. Leur rela-
tion avec les thromboses artérielles
Revue neuro. 1949

MARIE P., BOUTTIER H. et Van BOGAERT L.

Sur un cas de tumeur frontale droite,
trouble de l'orientation dans l'espace
Revue neuro. 1929

MARIE P., BEHAGUE

Syndrome de désorientation dans l'es-
pace consécutif aux plaies profondes
du lobe frontal
Revue neuro. 1926

MORSIER G. de

Le syndrome préfrontal. L'amnésie de
fixation
Encéphale 24 1 p. 19-49 1929

AJURIAGUERRA J. de et HECAEN H.

Le cortex cérébral. Etude neuro-psycho-
pathologique.
Ed. Masson et C^o

SEZARY

La syphilis nerveuse
Ed. Masson & Cie 1930

PETIT-DUTAILLIS D., GUIOT G., MESSIMY R.
et BOURDILLON

A propos d'une aphémie par atteinte de
la zone motrice supplémentaire de Pen-
field au cours de l'évolution d'un ané-
vrysme artério-veineux. Guérison de
l'aphémie par l'ablation de la lésion.
Revue neuro. 1954

LAZORTHES G., GAUBERT J. et POULHES J.

La distribution centrale et corticale
de l'artère cérébrale antérieure. Etude
anatomique et incidences neuro-chirur-
gicales
Neurochirurgie 1956 2

GUIOT G.

L'hémiplégie dans les tumeurs du
quadrant supéro-interne de l'hémisphère
cérébral

Revue neuro. 1950 83.

MASQUIN P., TRELLES J.O.

Précis d'anatomopphysiologie normale
et pathologique du système nerveux

Ed. G. Doin & Cie 1949

ANGLADE

Le territoire intellectuel du cerveau

Encéphale 1921

LHERMITTE J.

Le lobe frontal

Encéphale 1929 N° 1

MORIN G.

Physiologie du système nerveux central

Ed. Masson & cie

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

